Fecha:…………………………………..

**EVALUACIÓN INICIAL – Curso 2020/2021**

ALUMNADO NACIDO EN 2018.

**Entregar a la tutora** en el momento de la incorporación a la Escuela Infantil

**Datos del alumno:**

Nombre.............................................

Apellidos

Fecha de nacimiento

Teléfono de urgencia

Dirección de correo electrónico preferente

Domicilio......................................

Incorporación al centro. Fecha del primer día de asistencia……………………………………………………………………………………..

**Datos familiares:**

Vínculo con el niño: Nombre

Apellidos

Telf. Móvil Telf. Trabajo

Profesión

Vínculo con el niño: Nombre

Apellidos

Telf. Móvil Telf. Trabajo

Profesión

Nº de hermanos Lugar que ocupa entre ellos

Personas que conviven en la casa

Observaciones

**Aspectos sanitarios:**

Embarazo: Normal  Complicaciones

Parto: Normal  Complicaciones

Lactancia: Natural  Duración………………… Artificial

Enfermedades padecidas:

**Alergias e intolerancias:**

¿Tiene piel atópica?

¿Ha padecido alguna reacción alérgica a algún alimento ?............................. ¿Cuál o cuáles?

¿Necesita dieta especial?..............¿Cuál?

¿Ha tenido alguna reacción alérgica al LATEX? (Presente en chupetes, tetinas, juguetes, material escolar, guantes, globos, etc.? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Tiene intolerancia a algún medicamento? SI  NO  Especifique cual o cuales:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**\*SI LA RESPUESTA A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS ES AFIRMATIVA, DEBE ENTREVISTARSE CON LA DIRECTORA, QUIEN LE SOLICITARÁ LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ALERGIAS E INTOLERANCIAS.**

**Hábitos:**

Alimentación:

¿Cómo es la alimentación del niño actualmente?

¿Continúa tomando el pecho? ........ ¿Cuándo?

¿Utiliza todavía el biberón?........... ¿Cuándo?

¿Cómo ha sido el paso de la alimentación líquida a la semisólida y/o sólida?

¿Tiene buen apetito?

Alimentos que no le gustan:

Alimentos preferidos

¿Está empezando a masticar algunos alimentos?......... ¿Cuáles?

¿Come solo? .................. ¿Hay que darle siempre de comer?

¿Utiliza la cuchara?.................... ¿El tenedor? ¿Necesita ayuda?

¿Hace alguna comida con la familia?

Problemas de: Deglución  Masticación  Digestión  Alergias  Diarreas  Estreñimiento

Observaciones:

Sueño:

Horario de sueño: ¿Duerme bien?

¿Duerme siesta?

¿Qué hacéis cuando no duerme?

¿Duerme solo? Sí  No  ¿Con quién?

¿Utiliza algún objeto o juguete para dormir? ¿Cual?

(Rogamos lo traigan hasta su adaptación)

¿Qué postura es su preferida a la hora de dormir?

Observaciones:

**Autonomía y motricidad**

En el baño:

¿Se lava solo las manos?

¿Controla el pipí? Siempre… A veces… Nunca…

¿Controla la caca? Siempre… A veces… Nunca…

¿Tiene un horario regular para hacerla? ¿A qué hora?

¿Usa pañales? Siempre… A veces… ¿Cuándo?

¿Están probando a quitárselos? ¿Cuándo?

¿Desde hace cuánto tiempo?

¿Se desplaza sin dificultad? ¿Sube y baja escaleras?

¿Obedece órdenes sencillas?

Observaciones

**Comportamiento habitual:**

Juego**:**

¿Tiene compañero/s de juego?........... ¿Quiénes?

¿De qué edad?

¿Con qué juega con más frecuencia?

¿A qué juega?

¿Ordena y recoge sus juguetes?

Objetos de apego:

¿Usa chupete? ¿Cuándo?

¿Tiene otro/s objeto/s de apego? ¿Cuál/es?

¿Cuándo lo/s utiliza?

Relaciones familiares y afectivas:

Le gusta jugar con:

Padre: Sí… No…

Madre: Sí… No…

Hermano/s: Sí… No…

Otros adultos: Sí… No…

¿Tiene algún lugar dónde jugar?

¿Disfruta de espacios exteriores: jardín, parque…?

¿Cómo se le castiga? ¿Con qué frecuencia?

¿Cómo se le premia? ¿Con qué frecuencia?

¿Presenta algún problema de conducta?

¿Qué relación tiene con su/s hermano/s?

¿Tiene celos?

¿Pega o muerde?

¿Tiene miedos?.................. ¿De qué?

Lenguaje

¿Comprende todo lo que se le dice? Sí… No…

¿Se le entiende cuando habla? Sí… No…

¿Usa más el lenguaje oral o el gestual?

¿Se le corrige? Sí… No… ¿Cómo?

¿Se le habla con lenguaje adulto o con expresiones infantiles?

¿Observan alguna alteración en su lenguaje oral?

Desarrollo emocional

¿Es tranquilo o inquieto?

¿Tiene rabietas a menudo?

¿Suele salirse con la suya?

¿Cómo responde cuando se le regaña?

¿Cómo responde cuando se le castiga?

¿Cómo describiríais a vuestro hijo?

¿Ha asistido anteriormente a otro Centro?.......... ¿Cuál?

¿Cuándo?

Expectativas de la familia

¿Qué esperáis de este Centro Educativo?

Reseñe todo lo que considere importante que deba conocer la educadora sobre el niño y que no se haya preguntado anteriormente: